UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

APPENDICITES POSTÉRIEURES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

René-Pierre-Michel KERNÉÏS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 13 octobre 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président*

PAPIN, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

DARGET, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

APPENDICITES POSTÉRIEURES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

René-Pierre-Michel KERNÉÏS

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BREST (Finistère), le 13 octobre 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur..... *Président*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

JEANNENEY, professeur ..... } *Juges.*

DARGET, agrégé..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERM
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERM
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉ
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pa tériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en cong

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui s présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FIANCEE

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A MES MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous lui sommes reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, de l'enseignement que nous avons trouvé dans son service hospitalier et de ses magistrales leçons cliniques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

APPENDICITES POSTÉRIEURES

INTRODUCTION

L'appendice iléo-cæcal est assez fréquemment trouvé en position postérieure, comme il apparaît aux statistiques de nombreux auteurs, statistiques qui sont d'ailleurs assez variables avec les auteurs : nous citerons Tuffier et Jeanne, 16 p. 100; Lafforgue, 13 p. 100, 25 cas sur 200; Vallée, 31 p. 100; Fowler, 25 p. 100. Vignard fait remarquer que les chiffres les moins élevés (Tuffier et Jeanne par exemple) ne comptent que les examens d'adultes. Au contraire, Vallée, 31 p. 100, n'a examiné que des enfants; de ceci, Vignard, Cavaillon, Chabanon, tirent cette conclusion : l'appendice en position rétro-cæcale est une position plus fréquente, sinon spéciale, chez les enfants. Il est difficile d'en donner une explication rationnelle. Mariau constate que, dans les statistiques chirurgicales, il est fait mention de la situation postérieure et haute de l'appendice beaucoup plus souvent que dans les statistiques anatomiques; d'où cette conclusion que l'appendice enflammé a tendance à venir se placer derrière le cæcum, et que la dilatation du cæcum est une des

premières lésions consécutives à l'irritation de l'appendice, dilatation qui fait disparaître le vermis derrière le cæcum, où il peut se fixer secondairement. Il faudrait donc considérer la position rétro-cæcale comme pathologique; cette théorie est admise par Lanz, d'Amsterdam. Trèves pense que c'est le développement excessif du cæcum, résultat de la stase intestinale, qui entraîne la situation postérieure et ascendante de l'appendice, position favorable au développement de l'appendicite. Dans cette position, l'appendice peut être libre et intrapéritonéal, adhérent et extrapéritonéal. Nous pouvons avoir :

1° Cæcum libre : l'appendice libre possède un méso, situé entre la paroi postérieure du cæcum et le péritoine pariétal. Dans les autres cas, s'il est plus long, il peut venir en contact avec la face antérieure du rein, la face inférieure du foie, et même la vésicule biliaire, ce qui expliquerait certaines complications et erreurs de diagnostic. Il faut aussi remarquer la difficulté circulatoire due à l'allongement du méso appendice, aggravée quand l'appendice est tordu ou en spirale; la gêne circulatoire devient intense quand nous avons des phénomènes infectieux surajoutés, d'où les phénomènes de gangrène fréquents dans ces appendicites.

2° Cæcum libre : et l'appendice sans méso est entièrement sous-séreux, adhère à la face postérieure du cæcum. Cette disposition est encore nommée appendice intramural, elle est congénitale ou acquise par suite de crises antérieures; si nous avons une disposition congénitale, elle est difficile à isoler et à voir.

Dans cette situation les phénomènes seront atténués. Les malades avec de tels appendices auront des douleurs tardives en rapport avec l'alimentation.

3° Appendice intrapariétal : inclus dans le péritoine pariétal de la fosse iliaque, adhérence faite si intimement qu'elle donne l'illusion d'un appendice en dehors de la cavité péritonéale. Dans la fossette rétro-cæcale, l'appendice peut monter en dedans et croiser quelquefois l'uretère et le paquet vas-

culo-nerveux; cette forme est grave et nous expose à la blessure des vaisseaux iliaques. Nous aurons une évolution extrapéritonéale. Les phénomènes purement appendiculaires manquent le plus souvent, et les malades accusent des symptômes de collection lombaire; tantôt nous avons le contact avec l'aponévrose iliaque, tantôt avec le muscle psoas-iliaque, d'où psoïtis.

4° Cæcum accolé : l'appendice est extrapéritonéal, il correspond aux étapes anatomo-pathologiques, mais non à l'anatomie descriptive. Il n'y a pas de véritable appendice extrapéritonéal; cette disposition est consécutive à l'inflammation chronique. Nous avons alors surtout des signes lombaires. Parfois l'appendice chemine obliquement derrière l'ascendant, il sort accompagné de son méso sur la ligne de réflexion du péritoine, et ses derniers centimètres sont à nouveau intrapéritonéaux.

En clinique nous verrons que, suivant la position de l'appendice, qui se trouve en dehors ou en dedans de la cavité péritonéale, nous aurons des signes péritonéaux violents ou presque négatifs, des signes physiques variables, et la possibilité, suivant le voisinage de l'appendice, de certaines erreurs de diagnostic et de certaines complications.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans l'appendicite aiguë postérieure, nous envisagerons les deux formes suivantes :

1° Appendicite aiguë simple, correspondant au point de vue anatomo-pathologique au stade d'endo-appendicite avec réaction péritonéale plus ou moins grande;

2° Formation d'un abcès postérieur.

I. — *Appendicite postérieure.*

Dans l'appendicite postérieure, il est de règle générale d'avoir une symptomatologie moins caractéristique, des signes d'intensité moins marquée, et quelques signes surajoutés qui peuvent faire hésiter le diagnostic.

En effet, l'appendice dans cette position est assez souvent exclu de la cavité péritonéale; il est logique que les phénomènes péritonéaux soient plus discrets. Lecène avait déjà mis en évidence cette notion, qui a été reprise en 1928 par Subreville dans sa thèse.

Nous aurons souvent : 1° Réaction péritonéale pas très marquée, pas d'arrêt absolu des matières et des gaz; 2° Peu ou pas de vomissements; 3° Pas de douleurs abdominales très vives; 4° Signes fugaces lorsqu'ils existent.

La douleur dans la région postérieure ilio-lombaire ou latéro-postérieure dans la région costo-iliaque (obs. II) est un excellent signe, qui peut éclairer le clinicien dans beaucoup de cas. Cette douleur peut ne pas être indiquée spontanément par le malade; aussi il faut savoir la réveiller par un palper attentif (Lecène). Dans certains cas, Kérangal et

Riou conseillent d'examiner le malade couché sur le côté gauche; on réussit de cette façon à réveiller à la palpation une douleur vive et caractéristique, qui n'existait pas en examinant le malade en décubitus dorsal. Les signes de la triade de Dieulafoy peuvent être trouvés aussi en arrière ou sur le côté, et non au niveau de la fosse iliaque droite, par un examen attentif au niveau des insertions postérieures des muscles transverse et petit oblique.

La douleur à la flexion du psoas, recherchée sur le malade couché, serait un très bon signe, bien meilleur, et plus précoce que la réaction des psoïtis, avec flexion-abduction du membre inférieur, qui ne se manifeste que lorsque les phénomènes inflammatoires ont eu le temps d'évoluer.

La percussion de la fosse iliaque permet dans de nombreux cas de déceler du tympanisme, dû à la dilatation du cæcum. Dans un cas de MM. Pasquié et Vivès (obs. XIII), ces auteurs auraient posé le diagnostic en s'appuyant principalement sur ce signe. Dans d'autres cas que nous rapportons, l'examen avait montré cette dilatation du cæcum.

En résumé, nous pouvons avoir dans l'appendicite postérieure non compliquée de suppuration la symptomatologie de l'appendicite commune, mais plus souvent nous aurons le tableau d'un « embarras gastrique fébrile », par suite de l'atténuation des symptômes habituels.

II. — *Appendicite postérieure avec abcès rétro-cæcal.*

Au début, nous pouvons avoir la symptomatologie d'une appendicite aiguë simple; le malade, mis au traitement habituel : diète hydrique, repos au lit et glace sur le ventre, voit dans les six à sept jours qui suivent ses douleurs augmenter, irradiant dans les lombes, pendant que la température monte progressivement. L'état général décline.

A la palpation, nous avons, dans les cas bien nets, une contracture dans le flanc droit, la région corto-iliaque ou ilio-

lombaire. La palpation bimanuelle, une main sur la fosse iliaque droite, l'autre dans la région lombaire, peut donner la sensation de fluctuation, mais ce signe est rare, car ces collections rétro-cæcales ou latéro-cæco-coliques contiennent rarement une grande quantité de pus (Lecène). Nous devons nous contenter de la sensation d'empâtement profond à la partie supérieure et externe de l'abdomen ou dans la région lombaire. L'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, la circulation collatérale, sont de mauvais signes, trop tardifs; il ne faut jamais laisser ces malades arriver à présenter de pareils symptômes. A la percussion, nous pourrons avoir de la sonorité du cæcum. La recherche de la douleur à la flexion du psoas sera particulièrement intense. Dans des cas avancés, nous pouvons voir le membre inférieur venir se placer en flexion-abduction.

Si on n'intervient pas ou si on intervient trop, nous pouvons avoir, sinon l'ouverture dans la grande cavité péritonéale, car la position est peu favorable pour cette évolution, du moins la mort du malade par septicémie, ou l'évolution de la suppuration vers le haut, donnant collections rétro-cæco-coliques, abcès sous-phréniques, hépatiques, phlegmons périnéphrétiques; l'ouverture dans la vessie et le rectum est beaucoup plus exceptionnelle.

FORMES CLINIQUES

1° Forme aiguë avec violents symptômes péritonéaux.

Cette forme simule tout à fait l'appendicite commune et le diagnostic n'en sera fait qu'à l'intervention. On la rencontre dans les cas où l'appendice reste libre dans la cavité péritonéale (Jacobivici).

2° Forme avec symptômes lombaires douloureux.

C'est le type classique de l'appendicite postérieure. De nombreux auteurs se sont attachés à trouver en arrière des points aussi précis que le point de Mac Burney dans la fosse iliaque (Brun, Campanucci, Nerotti), mais leurs recherches ne semblent pas donner un résultat aussi précis que le signe de Kérangal.

3° Forme gangréneuse.

Jacobivici a insisté sur la fréquence des lésions de gangrène sur ces appendices postérieurs, dues sans doute à des causes d'ischémie par compression, à laquelle s'ajoute l'infection. Cet auteur ajoute que 60 p. 100 d'appendices en position rétro-cæcale ont des lésions de gangrène. Cette forme évolue d'emblée ou après une période où l'on avait constaté quelques symptômes digestifs sans gravité. Elle est marquée par une douleur atroce et généralisée, se localisant peu à peu dans la partie supérieure de la fosse iliaque.

En plus des symptômes digestifs, nous avons des signes de grande intoxication si on laisse l'affection évoluer. On peut avoir, à côté de ces signes non caractéristiques, de la flexion

de la cuisse sur le bassin. La palpation montre une douleur diffuse dans la fosse iliaque droite avec maximum dans la partie externe et supérieure. La percussion du cæcum donne du tympanisme.

4° Formes suppurées.

Nous voulons parler des cas où la suppuration reste confinée à la région rétro-cæcale formant un foyer enkysté et non des suppurations qui dépassent le cadre de l'appendice pour fuser derrière le côlon ascendant ou vers le pelvis. Les cas où l'on décèle l'abcès rétro-cæcal avec le plus de netteté sont ceux où le pli péritonéal externe est assez développé pour permettre à l'abcès rétro-cæcal de venir affleurer à la partie moyenne de la crête iliaque (Cavaillon, Chabanon) au niveau de laquelle la palpation donne de la douleur, de la sensation de défense, tandis que le cæcum, repoussé en avant par une collection rétro-cæcale, est sonore à la percussion. En même temps, nous avons des douleurs qui vont en s'accroissant, irradiées à la région lombaire et dans le territoire du crural, une fièvre de 38-39 degrés avec des clochers. Le malade peut se coucher sur le côté gauche, comme pour une colique néphrétique ou une psoïtis (Martin). Les troubles digestifs peuvent être atténués même avec des abcès énormes.

5° Formes chroniques.

La position de l'appendice est une condition favorable à l'enkystement (Subreville). Elles s'installent soit après quelques crises, soit à bas bruit. Nous avons des signes pas très nets et déroutants : pesanteur dans la fosse iliaque droite, douleurs tardives six à sept heures après les repas, appétit capricieux, alternative de diarrhée et de constipation.

L'examen physique peut donner des surprises; par suite de la périviscérite, de l'induration habituelle du cæcum ou d'une importante adénopathie, on croit à une tumeur ou à une tuberculose hypertrophique iléo-cæcale.

MM. Leriche et Dambrin (obs. IV et XV) en rapportent chacun un cas où seul l'examen anatomo-pathologique montra l'absence de formations tuberculeuses. Enfin, quand nous aurons dit que parfois nous avons aussi des signes vésiculaires comme dans toutes les périviscérites, on comprendra que le diagnostic de cette forme ne soit fait la plupart du temps qu'à l'intervention.

6° Formes urinaires.

Il semble que l'on puisse dégager ces formes des complications urinaires de l'appendicite postérieure. A vrai dire, l'hématurie, le signe le plus frappant, existe assez rarement, en éliminant les cas qui n'offrent rien de curieux de cystite de voisinage ou de collection purulente ouverte dans la vessie. Certains médecins restent sceptiques sur les rapports qui peuvent lier une appendicite à une infection de l'arbre urinaire, d'autres sont d'accord pour reconnaître la réalité des hématuries dues à une appendicite rétro-cæcale (Nové-Josserand, Grottlieb, Sciaky, Flandrin, Gaume[1]. Quelle serait pour eux la pathogénie des accidents ? Le mécanisme admis serait l'atteinte directe de l'uretère droit. Nous avons vu que les rapports sont souvent étroits entre l'uretère et l'appendice, surtout quand l'appendice est postérieur et interne, cette urétérite pourrait donner à elle seule de l'hématurie; à un degré de plus, l'infection atteint le rein, l'hématurie relève alors de la pyélonéphrite (Gaume, Nové - Josserand, Sciaky).

Les autres mécanismes par congestion réflexe du rein ou infection par voie sanguine sont obscurs et très discutés.

Nous pouvons rencontrer l'hématurie dans les formes aiguës et chroniques :

1° Dans les formes aiguës elle est de courte durée et d'abondance variable; elle se manifeste au moment de la

(1) P. Gaume, Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale, 9 observations, *Archives urologiques de la clinique Necker*, t. VI, févr. 1929.

crise ou après disparition de tous les phénomènes. Le tableau est assez déroutant, étant donné l'effacement fréquent des signes péritonéaux et intestinaux et la présence de signes douloureux lombaires. Parfois même la pollakiurie et la dysurie viennent compléter la scène (1). Mais les cas aussi troublants sont rares.

2° Dans les formes chroniques, nous sommes en présence de malades à passé douloureux abdominal avec parfois, dans leurs antécédents, une crise franche d'appendicite; l'hématurie fait alors penser à un calcul, un néoplasme, une tuberculose rénale.

Ces hématuries sont bénignes, cèdent à l'appendicectomie et ne laissent aucune séquelle urinaire. Le cathétérisme permet de voir quel est le rein qui saigne, mais parfois cette exploration conduit à une erreur, par suite des adhérences qui coudent l'uretère. La sonde s'arrête et on pense à un calcul. La radio est alors indiquée. Cette forme est surtout intéressante par le trouble qu'elle vient jeter dans le diagnostic. Il convient donc, en présence d'hématurie non explicable par toute autre chose, de penser à l'appendicite postérieure.

(1) Lefèvre, Société de chirurgie de Toulouse, séance du 29 janv. 1932.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'appendicite postérieure est-il toujours possible ? Avons-nous intérêt à le porter d'une façon précoce si nous avons l'intention d'appliquer un traitement chirurgical de l'appendicite commune.

I. — Dans de nombreux cas on ne peut que porter le diagnostic d'appendicite sans préciser la position de l'appendice malade, quand seuls les signes fonctionnels habituels existent : vomissements, arrêt des matières et des gaz, douleurs spontanées au niveau de la fosse iliaque droite, ou diffuses dans tout l'abdomen. Fièvre à 38-39 degrés, accompagnée des signes classiques donnés par la palpation, douleur au point de Mac Burney, signes de Rovsing, Jacob, Blumberg.

II. — Il ne faut pas oublier non plus que, dans l'appendicite aiguë évoluant sur un appendice rétro-cæcal, le tableau clinique prend souvent l'allure d'un embarras gastrique fébrile avec signes abdominaux pas très marqués. Cette diminution d'intensité des symptômes ne fait pas penser instinctivement à l'appendicite postérieure.

III. — Ce qui permettrait le diagnostic, dans ces formes aiguës, ce seraient les douleurs spontanées dans la région lombaire, avec irradiations dans le territoire du crural ou même dans les testicules ou les grandes lèvres, simulant la colique néphrétique. La palpation peut aussi nous permettre de réveiller la douleur, soit dans la région costo-iliaque, soit au niveau des insertions postérieures des muscles transverse et petit oblique, de révéler la défense musculaire et

l'hyperesthésie cutanée dans ce territoire, contrastant avec ces signes peu habituels, l'examen physique de la fosse iliaque nous montre l'absence de la défense musculaire, une douleur très peu marquée, une absence de plastron.

A. Riou et Kérangal recommandent encore pour toute appendicite de rechercher la douleur dans la fosse iliaque droite en faisant coucher le sujet sur le côté gauche. M. Pascalis exposait tout dernièrement que ce signe était d'une constance remarquable, et ne l'avait jamais trompé (*Presse médicale*, 26 octobre 1935). Les Italiens Nerotti et Campanucci ont décrit un point douloureux dorsal symptomatique d'appendicite, mais sans préciser s'ils le considèrent comme un signe d'appendicite postérieure.

La douleur à la flexion du psoas (Jaworski) serait un bon signe qui permettrait le diagnostic précoce.

La percussion dénonçant une masse sonore dans la région rétro-cæcale, par suite de la distension atonique du cæcum, serait aussi en faveur d'une appendicite rétro-cæcale.

Dernièrement, dans un rapport de Bonnet, sur un travail de M. Deolindo A. Pascalis, de Buenos-Ayres, il a été établi que cet auteur se proposait de déterminer la situation de l'appendice dans les appendicites aiguës en se basant sur la dissociation des températures rectale et axillaire. Les cas où la dissociation serait supérieure à un degré correspondraient à des appendices libres avec risques de péritonite généralisée. Les cas où la dissociation serait inférieure à un degré correspondraient à des appendices sous-séreux pré et surtout rétro-cæcaux. Mais ces conclusions paraissent, avec raison, un peu théoriques au rapporteur, par suite des incertitudes et des irrégularités de la température axillaire. De plus, ces conclusions ne sont basées que sur 10 observations. Envisagée ainsi, la dissociation ne donnerait d'ailleurs pas de renseignements bien précis sur la position de l'appendice malade, mais seulement une présomption sur l'évolution ultérieure d'une appendicite aiguë; on oublierait ainsi facilement que l'appendicite postérieure peut, tout

comme une autre, se compliquer de péritonite généralisée.

En résumé, les signes fonctionnels ne nous permettraient aucune certitude pour baser un diagnostic, seul l'examen physique nous permettrait, dans des cas heureux, où les signes douloureux caractéristiques sont nets, de poser le diagnostic précoce. Nous ne l'avons pas vu souvent faire en clinique, les cas purs se présentent en effet assez rarement, ou il n'existe que de la fièvre avec douleur lombaire et quelques troubles digestifs, ou, au contraire, nous avons beaucoup de signes classiques qui font penser à des appendicites ordinaires. Parfois, mais rarement, soit des signes hépatiques, consistant en douleurs vésiculaires, soit des signes urinaires, principalement de l'hématurie, de la pollakiurie, des mictions douloureuses, viennent brouiller le diagnostic.

IV. — Le diagnostic de la forme suppurée n'offre pas de différence bien tranchée avec le diagnostic de la forme aiguë simple. Nous pouvons considérer deux cas :

1° Le diagnostic d'appendicite a été porté sans diagnostic topographique; le malade, mis au repos et à la glace, voit ses douleurs augmenter de plus en plus en dépit de la thérapeutique, en même temps sa température s'élève en présentant des oscillations, tout cela se passant vers le dixième jour. L'état général décline.

2° Par suite des signes habituels de l'appendicite postérieure, bien différents de ceux de l'appendicite habituelle, le diagnostic n'est d'abord pas posé, et le malade n'est vu par le chirurgien que vers le dixième jour (Lecène).

Nous aurons donc la notion d'accidents digestifs antérieurs à la formation d'un abcès.

Quels renseignements nous fournira l'inspection ? Les cas où les sujets sont couchés sur le côté gauche, comme pour une colique néphrétique ou un psoïtis sont rares, mais nous pouvons avoir de la flexion de la cuisse sur le bassin; si nous

appuyons sur cette cuisse pour la porter en extension, nous provoquons de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite (Jacobivici).

Dans des cas où l'épanchement purulent est abondant, nous pouvons avoir une tuméfaction dans la fosse iliaque droite au contact de la crête iliaque, empâtement remontant au niveau de la région lombaire, mais ce sont des cas extrêmes (Dambrin).

La palpation montre de la douleur vive et de la défense musculaire dans la région lombaire et costo-iliaque; la palpation profonde donne dans ces régions la sensation d'empâtement si le malade permet cette douloureuse exploration.

La palpation double, avec une main dans la région lombaire et l'autre dans la fosse iliaque, donne, quand il existe beaucoup de pus, la sensation de fluctuation (Bourde).

La collection qui se forme repoussant le cæcum en avant, une percussion légère nous donnera du tympanisme.

Si les recherches sur le malade couché sur le dos ne donnent rien, on le fera coucher sur le côté gauche (Lecène).

Quand les signes lombaires sont peu accusés, la formule sanguine viendra lever les doutes.

Il faut surtout se souvenir de faire le diagnostic avant l'apparition de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, qui serait considéré par certains auteurs comme un très bon signe, mais qui n'est que le témoin d'une suppuration profonde, qu'on a trop laissé évoluer, car à ce stade l'abcès a sans doute dépassé le cadre de l'appendice et se prépare à donner des complications. Il est rare qu'on arrive à percevoir nettement de la fluctuation profonde dans une appendicite rétro-cæcale ou latéro-cæco-colique, avec formation d'abcès. Quand elle existe, son importance diagnostique est évidemment grande (Lecène).

En conclusion, nous pouvons dire que, pratiquement, seule l'appendicite rétro-cæcale aiguë peut être diagnostiquée, car elle peut présenter des signes bien caractéristiques, mais bien souvent le diagnostic précoce n'est pas fait, et nous pouvons

alors avoir formation d'abcès rétro-cæcal, qui, par la violence de ses symptômes, permet de poser le diagnostic. Le diagnostic de la forme chronique est un des plus délicats de la pathologie gastro-intestinale, et nous n'avons aucun moyen sûr de diagnostic.

Diagnostic différentiel.

Les formes aiguës et suppurées donnent lieu parfois à un diagnostic différentiel. Le plus fréquent et sans doute le plus difficile est à faire avec les autres formes d'appendicite, d'autant plus difficile que, suivant l'intéressante théorie de Mariau, l'appendice enflammé peut venir se placer derrière le cæcum, après avoir occupé une position antérieure.

1° Dans les cas où le cæcum est incomplètement accolé, l'intensité des signes péritonéaux ne permet de poser le diagnostic qu'à l'intervention;

2° Dans les cas où le cæcum est bien accolé, où l'appendice est exclu de la grande cavité péritonéale, nous avons des signes plus caractéristiques : effacement des signes habituels de l'appendicite, douleurs lombaires spontanées ou découvertes à la palpation; le signe de Kérangal permettrait presque à coup sûr de diagnostic ces formes (1).

Puis nous avons la foule des diagnostics différentiels classiques de l'appendicite, mais, en raison dse rapports de l'appendice rétro-cæcal, nous n'envisagerons que les affections hépatiques et rénales.

Nous avons vu que l'appendice rétro-cæcal peut être plus ou moins long, plus ou moins haut situé, qu'il atteint parfois les environs de l'angle hépatique du côlon ascendant, d'où confusion possible avec une cholécystite ou une colique hépatique.

---

(1) Kérangal et Riou, Un signe de l'appendicite rétro-cæcale, *Journal de médecine de Paris*, n° 4, 24 janv. 1935. G. Pascalis, Le signe de Kérangal, *Bulletins et mémoires de la Société de médecine de Paris*, 26 oct. 1935.

1° Colique hépatique.

Affection douloureuse et fébrile, mais nous avons en général des irradiations caractéristiques dans l'épaule ou l'omoplate. Korte a montré qu'il n'était pas nécessaire d'avoir un contact direct entre l'appendice et les voies biliaires pour donner ces symptômes; l'infection se propagerait par les tissus mésoappendiculaires et mésocoliques, puis dans l'espace sous-phrénique.

2° Cholécystite aiguë et suppurée.

Affection fébrile et douloureuse. Les douleurs ont en général des irradiations dans le territoire du phrénique, mais parfois nous avons aussi des irradiations lombaires, qui prêtent à confusion. L'examen physique, en dehors des signes classiques d'Abrami, de Murphy, montre une tuméfaction qui ne siège pas dans la profondeur, une matité qui continue la matité hépatique; enfin, nous pourrons voir le plastron se résorber de bas en haut.

En résumé, siège plus élevé des signes physiques que l'appendicite rétro-cæcale, même haut située. Enfin, la notion de coliques hépatiques antérieures aiderait à poser le diagnostic; il ne faut pas oublier que Mériel a montré que la simulation, si difficile à diagnostiquer, se rencontre et s'applique surtout à la situation postérieure de l'appendice.

*
* *

Dans les cas où l'appendice est bas situé, il faudra éliminer les affections rénales.

1° Colique néphrétique.

Ce qui fait surtout hésiter le diagnostic, c'est le siège lombaire de la douleur avec les irradiations dans les deux cas dans le territoire du crural, dans les bourses ou les grandes

lèvres. Mais, dans la colique néphrétique, pas de fièvre, pas de leucocytose. La difficulté devient considérable dans les cas, rares il est vrai, où la crise d'appendicite s'accompagne de signes urinaires et surtout d'hématurie.

2° Phlegmon périnéphrétique a développement antérieur.

Il demeure le diagnostic différentiel classique à faire; il peut aussi se ranger parfois dans les complications. Souvent, les signes physiques fonctionnels et généraux ne permettent pas le diagnostic, profondeur plus ou moins grande de l'empâtement, absence de tympanisme au niveau du cæcum dans le phlegmon périnéphrétique, sont des témoins peu sûrs. Ce seraient surtout les antécédents coliques et appendiculaires qui plaideraient en faveur d'une appendicite; la connaissance d'une suppuration de voisinage, d'une furonculose, d'une septicémie, serait en faveur d'un phlegmon périnéphrétique (Pressac).

PRONOSTIC

Cette variété d'appendicite comporte un pronostic plus grave que les autres variétés; sa position rétro-cæcale n'est pas un obstacle à l'infection de la grande cavité péritonéale, car nous avons vu que l'appendice peut être parfaitement libre et intrapéritonéal. Dans d'autres cas, il est vrai que la perforation de cet appendice reste relativement silencieuse quand elle se produit dans un milieu parfaitement cloisonné par des adhérences et des limites naturelles, comme la paroi abdominale postérieure et le cæcum, mais cette perforation, passée presque inaperçue, forme un foyer infectieux qui déverse toxines et microbes dans la circulation, d'où les risques de complication à distance et de septicémies.

Nous avons vu que l'appendice en cette position est exposé plus qu'aucun autre aux lésions de gangrène par suite de l'allongement et de la compression que subit son méso et de la gêne circulatoire considérable qui provient de processus infectieux surajoutés.

La symptomatologie souvent fruste de cette appendicite l'expose à être opérée trop tard, et par suite de l'accolement du cæcum et du côlon ascendant à la paroi abdominale postérieure, l'appendice se trouve plongé dans une atmosphère alluleuse qui se défend mal, où peuvent se produire facilement des fusées purulentes à partir d'un abcès appendiculaire.

L'intervention est beaucoup plus difficile, beaucoup plus traumatisante, du fait du temps beaucoup plus long et de la difficulté que l'on a pour découvrir l'appendice, l'extraire

sans dommage pour la grande cavité péritonéale, et la difficulté d'assurer l'hémostase.

Tout concourt dans cette affection à rendre le pronostic plus fâcheux; il serait certainement très amélioré par l'opération précoce (Jacobivici [1]) ou l'opération à froid, mais c'est surtout ici que le chirurgien se trouvera bien d'avoir opéré au moment convenable, et souvent il y a une forte part de chance; s'il opère trop tard, il s'expose à trouver des lésions qui ont déjà dépassé l'appendice, et qu'une seule intervention ne guérira pas ou ne fera qu'aggraver; s'il opère trop tôt, il tombe sur des lésions insuffisamment refroidies, où il aura la plus grande peine à trouver l'appendice, sans compter le risque de lancer des germes pathogènes dans la circulation et les lymphatiques, et d'ensemencer la grande cavité péritonéale, qui était jusque-là indemne.

(1) Jacobivici, Professeur de Clinique chirurgicale à Cluj (Roumanie).

COMPLICATIONS

Elles furent bien étudiées dans les travaux de Cavaillon et Chabanon, Bérard et Vignard, et les thèses de Pressac et Subreville. Enfin, en 1932, Pœnaru Caplesco attirait l'attention sur l'abcès du foie consécutif aux appendicites rétro-cæcales. La position de l'appendice rend logique l'hypothèse que certaines complications se produisent plus souvent dans cette forme. Trois mécanismes peuvent être mis en jeu :

1° Voie lymphatique.

Elle paraît incontestable dans un certain nombre de cas, où on trouve un abcès sous-phrénique complètement séparé d'un abcès appendiculaire. Les recherches de Lockwood, Tixier, Vannay, montreraient que, contrairement à l'opinion classique, les lymphatiques appendiculaires aboutissent, les uns aux ganglions mésentériques, les autres aux ganglions rétro-cæcaux et rétro-coliques. Un courant lymphatique suit les vaisseaux sanguins jusqu'au hile du foie, un second est rétro-mésocolique, un troisième est constitué par les anastomoses entre le système intra et rétro-péritonéal, qui va se déverser dans les ganglions situés dans l'espace décollable rétro-cæcal (Subreville).

2° Tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'infection s'y propage par suite de la perforation ou de la gangrène de l'appendice, propagation d'autant plus facile que, dans certains cas, le cæcum est étroitement accolé à

la paroi postérieure. Mais l'infection peut aussi se produire quand le cæcum et l'appendice sont libres dans une certaine mesure. Avec des solutions colorées injectées dans le méso-appendice, Maydl a montré que la diffusion peut monter jusqu'au diaphragme. Pour le même auteur, la propagation serait due à la pesanteur, mais Gurneison a montré que, dans la position habituelle des malades, la tête et le dos relevés, la coupole diaphragmatique se trouve au moins aussi haute que la fosse iliaque; l'infection du tissu cellulaire serait liée à l'infection par la voie lymphatique, association surtout marquée quand on rencontre dans le tissu cellulaire une série d'abcès qui vont de l'appendice au diaphragme.

Nous aurons ainsi toute une série de complications vers le haut, abcès rétro-cæcal ou abcès rétro-cæco-colique, ou phlegmon rétro-cæco-colique, ou bien encore abcès sous-phrénique. Vers le bas, nous aurons le classique phlegmon iliaque et la psoïtis, qui peut suppurer et donner un abcès de la gaine, qui fuse dans la région crurale.

3° Voie veineuse.

Elle n'est pas spéciale à l'appendicite postérieure; elle donne les phénomènes de toxémie et de septicémie, les pyléphlébites, mais cette voie donne surtout l'abcès du foie d'origine appendiculaire, dans le cas d'abcès rétro-cæcaux et perforés, donnant un foyer infectieux enkysté, qui déverse dans la circulation des microbes hypervirulents, qui vont former des embolies septiques dans le foie (8 observations de Pœnaru Caplesco).

Quelles sont ces complications ? Nous avons déjà vu dans la symptomatologie les causes mécaniques qui prédisposent l'appendice en cette position à se gangréner et à se perforer, la gravité de ces lésions, qui évoluent souvent à bas bruit et qui font que l'intervention est faite beaucoup trop tardivement.

I. — *Suppurations rétro-cæcales et rétro-coliques.*

En clinique, elles ont à peu près les mêmes caractères que l'abcès rétro-cæcal. Les signes ne sont pas très bien tranchés; ce n'est d'ailleurs qu'une nuance de diagnostic, le premier degré d'une complication qui a déjà dépassé le cadre de l'appendice. Les signes généraux sont plus graves, on perçoit nettement de la fluctuation par suite de la collection beaucoup plus importante, mais nous avons vu que des appendices postérieurs pouvaient être très longs ou très haut placés, et simuler ainsi une affection évoluant en dehors de l'appendice.

Quand la collection devient très importante, et que le pus fuse vers le haut, nous pouvons avoir formation d'un phlegmon périnéphrétique. Suivant que la propagation se fera en arrière ou en avant de la loge périrénale, elle peut venir pointer au niveau du triangle de J.-L. Petit. Plus facilement, elle passe à la face antérieure de l'organe; à cet endroit, nous avons un chemin plus largement ouvert, d'autant plus que, dans certains cas, la pointe de l'appendice aboutit à la face antérieure du rein. En cas de suppuration très étendue, nous pouvons avoir un phlegmon qui va du bassin à la face inférieure du foie. A un degré de plus, le pus perfore le *fascia iliaca*, donnant la psoïte d'origine appendiculaire; nous avons alors : 1° Signes de collection lombaire; 2° Flexion du membre inférieur droit; 3° Douleurs dans le territoire du crural.

En fusant vers le bas, le pus donne le phlegmon pelvien; il peut même refouler le rectum; alors nous avons des douleurs vives à la défécation, ou de la constipation complète. Dans la littérature, on observe quelques évolutions exceptionnelles. Stein et Wolfson signalent un malade porteur d'une appendicite rétro-cæcale gangréneuse, avec fistule rectale et fistule bronchique. Blanc a vu une ulcération de l'artère iliaque externe se produire dans ces conditions. Vautrin a vu le pus passer dans le canal inguinal, puis dans les

bourses. Ce sont des cas extrêmes, qui ne se voient que si le malade est vu avec beaucoup de retard.

II. — *Abcès sous-phréniques rétro-péritonéaux.*

Ce seraient les complications les plus fréquentes et les plus caractéristiques des abcès rétro-cæcaux, d'après Cavaillon et Chabanon, Bérard et Vignard. Ce sont, pour la grande majorité, des abcès gazeux. Une intervention même précoce n'arrête pas la marche de l'infection par voie lymphatique ou cellulaire.

En clinique, ces abcès peuvent se manifester avant ou après l'intervention. Dans une appendicite non opérée, nous avons :

1° *Stade appendiculaire.* — Souvent fruste, comme nous l'avons vu, et égarant le diagnostic.

2° *Stade intermédiaire.* — Défervescence incomplète, le malade reste faible, inquiet. Légère défense musculaire dans la région costo-iliaque. Ce stade peut être de longueur variable; dans 2 cas de Gruneison et Ball, il fut de six mois.

3° *Période d'état.* — Elle peut débuter brusquement à la suite d'une fatigue, d'un effort. Annoncée par une douleur brusque, en coup de poignard, irradiant vers le dos, l'épaule, le membre supérieur, puis apparaissent les nausées, les vomissements, des frissons violents. A l'examen, ventre de bois, puis les symptômes s'amendent, mais il persiste dans la profondeur de la fosse iliaque, et surtout dans la région costo-iliaque, un empâtement qui s'étend à toute la région lombaire, qui est comblée.

Douleurs dans la région lombaire, avec irradiations fréquentes vers l'épaule. Dyspnée, toux, par suite de l'irritation phrénique.

4° *Evolution.* — Elle se fait habituellement vers le thorax; nous aurons de la dyspnée, du hoquet. Il peut survenir une perforation du thorax au niveau de l'hiatus costo-lombaire.

ou plus rarement le pus pénètre dans le ligament coronaire et s'y arrête, donnant un abcès rétro-hépatique.

Après une appendicectomie faite à chaud, le plus souvent, nous avons des suites apyrétiques, puis, après un intervalle libre, variable avec les malades, on voit la température remonter et se constituer les mêmes signes lombaires et thoraciques que plus haut.

III. — *Abcès du foie.*

C'est la plus grave des complications, mais heureusement de beaucoup la plus rare, ce qui réduit beaucoup son intérêt. Il semble d'ailleurs que l'appendicite postérieure n'ait pas une part exclusive dans l'étiologie de ces abcès. Pour un auteur roumain, M. Poenaru Caplesco, il n'en serait pas ainsi : « L'appendicite rétro-cæcale est la seule forme qui puisse donner, par son évolution ultérieurement compliquée, ce que Dieulafoy nommait le « foie appendiculaire ».

En clinique, il est difficile de se rapporter à un schéma général. D'après les observations de Poenaru Caplesco, les malades arrivent dans un état grave : frissons, fièvre, ictère généralisé. On comprend que, dans ces conditions, le malade succombe à l'opération. A l'autopsie, on trouve un appendice rétro-cæcal perforé, avec ou sans foyer purulent, des abcès multiples du foie.

Pour conclure, nous dirons que, actuellement, avec le progrès de la technique appendiculaire, on peut opérer beaucoup d'appendicites rétro-cæcales avant ces complications fatales, qui surviennent, la plupart, à la suite d'une intervention trop tardive sur un appendice qui, ne l'oublions pas, ne facilite pas la besogne par sa position fâcheuse et les signes déroutants qu'il donne. Néanmoins, il semble que, actuellement, le « foie appendiculaire » en particulier soit devenu une rareté pathologique.

TRAITEMENT

I. — Quand nous nous trouvons en présence d'une appendicite que le traitement médical a permis de refroidir, ou d'une appendicite chronique dont nous avons vu la difficulté du diagnostic, la voie antérieure est préférable, et d'ailleurs universellement employée. Quelle serait l'incision la meilleure ? Les incisions de Roux et Jalaguier, qui peuvent facilement être agrandies, donnent en général un accès facile, mais, étant donnée la difficulté du diagnostic, il y a souvent une part de chance; les incisions de Jalaguier et Walther peuvent être employées, car ici nous n'avons pas besoin de drainer, mais elles ont le défaut d'être trop internes et de rendre délicate la manœuvre de mettre à jour l'appendice; c'est donc à l'incision de Roux qu'il faut donner la préférence. L'abord de l'appendice étant impossible, il convient de tourner l'obstacle; les manœuvres habituelles : libération de quelques brides de péritonite plastique, courte incision du péritoine de la fosse iliaque, sont insuffisantes et dangereuses; elles ne donnent qu'un jour étroit sur la région rétro-cæcale. Comment enlever dans ces conditions un appendice perdu dans un bloc d'adhérences, et qu'il faut en quelque sorte sculpter à la face postérieure du cæcum ? Enfin, nous risquons une hémorragie en nappe au cours de l'opération. Plus souvent, le sang monte de la profondeur, s'écoulant en jet d'une artère rompue ou sectionnée par mégarde.

La paroi du cæcum, toujours indurée, et friable dans ces cas, se déchire sous le doigt qui tente d'extérioriser l'appendice; ce qui peut devenir grave, car les sutures en plusieurs plans ne réalisent pas toujours un enfouissement complet;

le péritoine fait défaut à ce niveau. Nous pouvons avoir, un ou deux jours après l'opération, des fistules stercorales dont les suites peuvent être sérieuses. Dans ces formes d'appendices très adhérents, le Professeur Cadenat se déclare absolument partisan de l'appendicectomie sous-séreuse, bien meilleure, à son avis, que l'appendicectomie par voie rétrograde; appendicectomie sous-séreuse serait, fait-il remarquer, une expression inexacte, sous-muqueuse conviendrait mieux: en effet, les couches musculaire et séreuse restent le plus souvent en place. Cette méthode a l'avantage de ne pas rompre les adhérences, puisque le clivage se produit à l'intérieur de l'étui musculo-muqueux, ce qui n'est pas à négliger quand on opère à tiède, et surtout nous n'aurons pas à faire l'hémostase. Elle permet de ne pas faire le décollement colo-pariétal. Elle s'imposerait quand les tentatives prudentes de libération de l'appendice sont restées infructueuses. Mais si nous ne pouvons découvrir la base de l'appendice, le décollement colo-pariétal doit être pratiqué.

A quels dangers expose-t-elle ? Nous pouvons voir se rompre le cylindre muqueux pendant la décortication; l'extrémité du cylindre muqueux file dans la profondeur et peut devenir une cause d'ennuis ultérieurs; à ce propos, le Professeur Cadenat conseille ce petit détail de technique : « Avec deux pinces fines de Tenier, on maintient le bord du cylindre invaginant. Le plus souvent, d'ailleurs, il est plus ou moins retourné en doigt de gant sous les tractions du cylindre muqueux, puis on fend ce bourrelet transversalement de la même façon qu'on débride un paraphimosis; la muqueuse se détache alors. »

M. Dambrin, à propos de deux cas d'appendicite présentés par lui, reconnaît que l'appendicectomie sous-séreuse était alors une nécessité, mais nous devons remarquer, à ce propos, qu'il s'agissait d'appendicites opérées à chaud. Bérard et Vignard sont moins affirmatifs et ont vu des cas d'abcès se produisant sur le cylindre restant de l'appendice, mais il s'agissait encore d'opérations à chaud.

Si l'on ne peut découvrir la base de l'appendice, ou si nous nous trouvons devant un appendice qui remonte très haut, aux environs de l'angle hépatique du côlon ascendant, la technique suivante, bien décrite par Lascaux, serait plus indiquée. Par suite de l'accolement des feuillets péritonéaux, nous avons deux zones de décollement avasculaires, la première entre le feuillet antérieur du méso-appendice et le péritoine postérieur du cæcum et du côlon ascendant; la seconde entre le feuillet postérieur du méso-appendice et le péritoine pariétal. Dans l'intervention ci-dessous, on se propose de rétablir le méso-appendice tel qu'il était avant l'accolement.

Premier cas : Nous avons un appendice sous-séreux; le cæcum est mobile. On incise le péritoine en dehors du cæcum. Dans ces cas, le cæcum est retourné; il ne faut pas oublier que sa face postérieure est devenue antérieure. L'incision porte donc *sur le côté qui regarde l'ombilic*. On passe ensuite au décollement de l'appendice et du méso primitif; cette opération doit être poussée assez loin pour que l'appendice ne soit pas difficile à extérioriser. Deux ligatures sur le méso et sur la racine de l'appendice sont placées à ce moment.

Dans un second cas, l'appendice est rétro-colique, l'incision doit alors être prolongée vers le haut. Des incisions de 6 à 7 centimètres seraient d'ailleurs suffisantes; on passe le doigt derrière le côlon, et on retourne ainsi le cæcum et une partie du côlon ascendant. Nous voyons alors l'appendice accolé à ces organes.

D'ailleurs, cette manœuvre est inoffensive pour la vitalité ultérieure de l'intestin; les vaisseaux qui l'abordent par son bord interne sont toujours respectés, étant placés entre le péritoine définitif et fascia rétro-cæco-colique, ils sont entraînés en dedans avec l'intestin lors de sa mobilisation.

Dans les cas où l'appendice est situé sur le bord interne de l'intestin ou derrière le mésocôlon, on peut adjoindre à

cette incision verticale une incision branchée sur l'extrémité inférieure, menée à 2 centimètres au-dessus des vaisseaux iliaques externes et parallèle à eux. Le décollement, poursuivi légèrement, permet aux dernières manœuvres opératoires de se faire en quelque sorte en dehors de la grande cavité péritonéale. L'appendice étant enlevé, le moignon enfoui, on rétablit par un surjet la disposition anatomique normale, ou on péritonise la face postérieure du cæcum, si possible, pour ne pas laisser de surface cruentée pouvant donner lieu à des adhérences. Ces deux opérations sont d'ailleurs susceptibles d'être associées, par exemple quand la manœuvre du décollement colo-pariétal devient dangereuse par suite d'adhérences importantes, lorsqu'une infection sérieuse a solidarisé la fosse iliaque, l'appendice et le cæco-côlon; dans ce cas, le décollement colo-pariétal n'est que la première étape d'une appendicectomie extramuqueuse.

Etant donnée la topographie variable de l'appendice postérieur, il en résulte que l'intervention de cette forme est plus difficile, très laborieuse et de longue durée; tandis qu'une appendicectomie simple peut être exécutée très correctement en dix minutes, il existe des rétro-cæco-coliques qui demandent de trente à quarante minutes; aussi ces malades sont plus choqués, et souvent même, en l'absence de toute suppuration, certains chirurgiens se croient tenus de faire un drainage préventif, la plaie n'étant plus aseptique.

II. — Dans le cas où nous sommes obligés d'intervenir pour une appendicite rétro-cæcale ou latéro-cæco-colique vue le deuxième ou le troisième jour, ou d'une collection suppurée apparue plus tardivement, vers le sixième ou le septième jour, comment allons-nous intervenir si nous avons posé le diagnostic avant l'intervention ? Faut-il ouvrir la cavité péritonéale à l'infection dont elle était jusque-là séparée, ou attendre le refroidissement de ces foyers rétro-cæcaux ? Mais c'est une méthode pleine de dangers pour le malade, ce sont des formes qui exposent aux compli-

cations infectieuses à distance. A ce propos, il faut suivre deux principes :

1° Avoir un large accès sur la région cæcale;
2° Disséquer prudemment au bistouri l'appendice adhérent, sans s'exposer à léser le cæco-côlon.

A ce propos, les diverses incisions n'ont pas la même valeur. L'incision de Mac Burney, respectant les fibres musculaires, donne un jour insuffisant. Jalaguier et Walther sont trop internes, et rendent délicate la manœuvre de mettre à jour l'appendice.

L'incision de Roux, au contraire, à condition de la mener un peu plus externe que d'habitude, un travers de doigt de la crête iliaque, conduirait directement sur l'angle cæco-colique, mais parfois elle doit être agrandie vers le haut.

Les incisions de Jalaguier et de Walther sont à conseiller quand le diagnostic n'a pu être posé avant l'opération. Inutile alors de recourir à une voie d'accès mutilante pour enlever un appendice rétro-cæcal problématique. L'incision de Roux est préférable lorsque les signes cliniques établissent nettement la situation de l'appendice en arrière du cæco-côlon : douleurs irradiées à la région lombaire, contracture du psoas, psoïtis, de plus, l'incision de Roux permet un drainage facile.

Les inconvénients sont la section transversale des muscles des nerfs; les dangers ultérieurs d'éventration ne sont pas à mettre en parallèle avec la gravité d'autres accidents opératoires; on peut s'en garer par une réfection soignée de la paroi.

En passant par la voie antérieure, quand nous tombons sur un abcès rétro-cæcal, il faut prendre des précautions minutieuses pour protéger le péritoine voisin, par des compresses en cigarette, et en employant l'aspirateur électrique jusqu'à ce que l'abcès soit vide. Un Mikulicz est placé dans l'abcès, et on laisse la paroi ouverte, ou mieux on draine en décubitus latéral, ce qui paraît plus logique.

Au lieu de passer par la voie antérieure, on peut, selon Lecène, prendre la voie postérieure, ce qui évite d'inciser la fosse iliaque, traverser le péritoine pour aller trouver un appendice rétro-cæcal ou un abcès rétro-cæcal. Le premier qui décrivit cette incision fut l'Américain Nancrede (*Medical News*, t. LII, 1888, p. 570). Le malade est mis sur le côté gauche pour faciliter l'intervention; l'incision cutanée est longue de 8 à 10 centimètres et passe à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; puis les fibres musculo-aponévrotiques du grand oblique sont incisées parallèlement à leur direction, de même que les muscles petit oblique et transverse, qui sont entièrement charnus à ce niveau; il peut arriver que, dans la partie inférieure de la plaie, nous rencontrions l'artère circonflexe iliaque, qu'il faut alors lier. On arrive dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. En écartant les plaies de la lèvre musculo-cutanée, on aperçoit facilement le cul-de-sac péritonéal externe formé par le fascia transversalis et le péritoine pariétal, qu'il est nécessaire de voir nettement, et de le libérer dans une certaine mesure avant de l'inciser. Le cul-de-sac incisé laisse échapper le pus. Le pus étant évacué, on cherche si on trouve l'appendice. Les suppurations sont presque toujours accompagnées de sphacèle du tissu cellulaire rétro-cæcal et rétro-colique; le drainage est obligatoire.

Si on a trouvé du pus collecté et si l'appendice a dû être laissé en place, la plaie n'est pas fermée; dans ces cas, on ne gagnerait en effet rien à faire des sutures en plusieurs plans; la suppuration se produit fatalement. La cicatrisation se fait par seconde intention en quinze ou vingt jours.

Cette incision basse, presque au contact de l'os, n'expose pas du tout aux éventrations, surtout lorsqu'on a soin de dissocier les muscles au lieu de les couper. Le drainage est facilité, car, le malade étant couché, le pus a naturellement tendance à passer par l'orifice postérieur, surtout si on incline le lit à droite.

Cette incision a un inconvénient : elle est mutilante et elle oblige à travailler à grande profondeur, ce qui fait hésiter les chirurgiens avant de l'employer. Elle est employée couramment en Roumanie par MM. Poenaru Caplesco et Jacobivici. Bérard écrit que, dans ces cas, ou après incision antérieure, il tombe sur une collection ou un appendice rétro-cæcal, il ferme la plaie antérieure, et il fait une incision lombaire pour ouvrir et drainer la collection par un drainage ilio-lombaire.

Quelles conclusions pouvons-nous en tirer ? Nous avons vu le peu de renseignements donnés en clinique par l'examen physique et les signes subjectifs; on intervient comme pour une appendicite ordinaire, et l'on est obligé alors de faire une intervention particulièrement minutieuse. Si le diagnostic a été posé avant l'opération, l'incision de Lecène paraît la plus logique, mais elle offre l'inconvénient d'être plus mutilante et de n'offrir à l'opérateur aucun moyen d'inspecter la grande cavité péritonéale. L'idéal est d'avoir à opérer une appendicite rétro-cæcale refroidie, mais, qu'elle soit opérée à chaud ou à froid, la découverte de l'appendice dans cette position est une trouvaille peu agréable pour l'opérateur. La majeure partie des chirurgiens qui ont étudié cette affection est d'accord pour déclarer que, du fait de l'opération plus longue, plus traumatisante, elle nécessite des soins opératoires plus grands et un peu spéciaux, tels que le drainage dans le décubitus latéral droit, et qu'elle peut donner, plus souvent que les autres formes anatomiques d'appendicite, des complications.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Appendicectomie à froid.

Mme G..., 28 ans. Entre à l'hôpital, le 24 juillet 1930, parce qu'en février dernier elle a ressenti une violente douleur dans la région de la fosse iliaque droite. Cette douleur est apparue brusquement, avec un état nauséeux, sans paroxysmes ni irradiations, mais accompagnée de vomissements abondants, alimentaires, puis bilieux, survenant *très longtemps après l'ingestion des aliments.* Avant ces vomissements, la malade a eu aussi de vives douleurs *dans la région vésiculaire.* Pas de constipation, plutôt de la diarrhée pendant la crise. La malade s'est alitée. Le médecin traitant fait le diagnostic d'appendicite sans préciser et conseille la glace sur le ventre. Fièvre et douleurs disparaissent, bien que la malade ait conservé un certain endolorissement de la région appendiculaire, décelable au palper. Après dix jours de traitement, tout est rentré dans l'ordre, les douleurs ont complètement disparu, et la malade a pu reprendre ses occupations. Deux crises semblables antérieures à celle-ci sont à signaler, la première datant de juillet 1928, la deuxième en août 1929, moins forte que les autres, avec *douleurs dans la région vésiculaire.*

Examen le 6 août 1930 : Facies normal; bon état général; urines normales.

Appareil digestif et abdomen : Les douleurs ont complètement disparu, même à la marche. Plus de vomissements, pas de douleur à la palpation de la région de Mac Burney, de la région lombaire. Toucher vaginal, rien à signaler.

Intervention (le 7 août 1930). — Laparotomie par l'incision de Jalaguier; paroi extrêmement adipeuse. Dans le ventre ouvert, on se trouve en présence d'anses grêles. Le cæcum est découvert tout à fait à droite et légèrement adhérent au plan postérieur; l'appendice est très nettement rétro-cæcal, entouré d'adhérences, gros, turgide et assez peu vascularisé.

Appendicectomie classique, non rétrograde. Hémostase du méso, qui paraît très friable. Section de l'appendice au thermo; enfouissement, iode. Suture de la paroi. Au moment du passage des crins totaux, l'épigastrique est lésée, ce qui nécessite une hémostase longue et difficile.

Suture de la peau. Le 30 août, la malade quitte le service entièrement guérie.

Observation II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

L... (G.); 33 ans, cultivatrice. Entrée le 31 mars 1936.

La malade se présente à l'hôpital pour violentes douleurs lombaires droites.

Antécédents. — Rien à signaler.

Histoire de la maladie. — La malade fut prise brusquement, il y a huit jours, d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, accompagnée de fièvre (38°7), vomissements et constipation. La glace sur le ventre la calma bien. Deux jours après, nouvelle crise douloureuse dans la *région lombaire droite*, fièvre à 37°7; *pas de vomissements.* La glace ne calme pas cette douleur lombaire.

A l'entrée à l'hôpital : Température rectale 38°2. Femme ayant un facies très fatigué. Douleurs à la palpation de la région lombaire droite.

Intervention (le 1er avril 1936). — Appendicite postérieure, avec abcès rétro-cæcal. Incision de Jalaguier remontée assez haut. On ouvre le péritoine et, après protection soigneuse avec des compresses de la cavité péritonéale, on ouvre une grosse collection à odeur fécaloïde. Après avoir asséché la poche à l'aspirateur, on

enlève l'appendice, aperçu dans le fond, en très mauvais état. On ne peut faire de ligature sur la base, qui se déchire. Hémostase du méso. Mikulicz. Toutes les mèches sont laissées en place.

Suites opératoires immédiates excellentes.

Ablation du sac et des mèches le cinquième jour, qui provoque une ascension thermique à 39 degrés. Le septième jour, vomissements peu abondants, verdâtres, survenant après l'absorption des liquides. Les vomissements se répètent les jours suivants sans devenir plus abondants et sans s'accompagner de ballonnement abdominal et d'arrêt des gaz. Pendant cette période, sérum glucosé intrarectal alterné de sérum physiologique.

Le dixième jour après l'intervention, on découvre un foyer purulent latéro-cæcal, déterminant un empâtement de la région lombo-iliaque droite. Drainage de cette collection avec trois drains, favorisé par la *position du décubitus latéral droit*.

Le 13 avril, les vomissements reprennent, et la température remonte à 39 degrés. Il s'écoule une grande quantité de pus sous-pariétal, venant de la fosse iliaque et de la région lombaire droite. On incise et l'on place un drain à la partie la plus déclive au-dessus de la crête iliaque.

Le 14 avril, les vomissements se calment sous l'influence du sérum hypertonique. La malade rend quelques gaz.

Le 11 avril, vomissements fécaloïdes. La malade rend quelques matières et des gaz. Malgré cela, le ventre est très ballonné. Température, 36°8. Pouls, 114. Ponction au thermo à la partie supérieure de la plaie; ramène une certaine quantité de liquide brunâtre. Par la suite, crises douloureuses abdominales extrêmement violentes, défaillance du pouls, algidité. Malade exéatée dans un état très grave. Décès survient peu après.

Observation III (Résumée).

(Bourde, chirurgien des hôpitaux de Marseille.)

M... (F.), pris le 23 juin de violentes douleurs abdominales, accompagnées de fièvre, pour lesquelles le médecin du village qui le soigne porte le diagnostic d'obstruction intestinale. Sujet d'apparence assez robuste, dont le visage est profondément altéré.

Antécédents personnels. — L'an dernier, crise analogue, moins violente, qui a duré quatre jours.

Signes fonctionnels. — Vomissements bilieux; constipation opiniâtre. La douleur n'a rien de bien caractéristique; le malade se plaint actuellement de la région hypogastrique, avec *un peu de gêne à la miction.*

Signes physiques. — La palpation révèle de la douleur, surtout au niveau du côlon ascendant. A ce niveau, la défense musculaire est ébauchée.

Le signe le plus intéressant est donné par l'examen de *la région ilio-lombaire*, où nous mettons en évidence une douleur très nette et où la palpation à deux mains, une sur la paroi antérieure, l'autre au-dessous de la crête iliaque, donne une sensation de collection profonde.

Intervention (le 9 juillet). — Ether. Malade couché sur le côté gauche; incision longue de 10 centimètres, à 2 centimètres au-dessus de la crête iliaque; dissociation du grand, du petit oblique, du transverse; dans la partie inférieure de la plaie, la circonflexe iliaque et ses veines sont liées. On aperçoit le cul-de-sac péritonéal externe, qui bombe, et que l'on incise, donnant issue à un pus fétide. Mise en place de deux drains.

Suites opératoires. — La température, le lendemain, monte à 40°4, puis se maintient aux environs de 39 degrés pendant vingt et un jours, où elle tomba à 36 degrés, en même temps que s'évacuait du pus en rétention. Entre temps, irrigation discontinue au Dakin, et injection de deux ampoules de Propidon. Le vingt-troisième jour, la température monte à 39 degrés. La deuxième intervention est décidée.

Deuxième intervention. — Rachianesthésie : Incision de la paroi antérieure de la fosse iliaque, décollement prudent d'un cæcum très adhérent, ablation d'un énorme appendice turgescent. Drain à l'extrémité supérieure de la plaie, *deuxième drain sortant par l'incision postérieure.*

On est tombé sur la paroi d'un ancien abcès, formé par la face postérieure du cæcum et la paroi abdominale postérieure. *La suppuration n'avait retenti en rien sur la cavité péritonéale*, qui

était sans adhérences. L'état général s'améliore rapidement; le malade perdit son teint jaunâtre. La réunion se fit d'abord sur la paroi antérieure; le drainage dura cinq semaines encore. Tous pansements supprimés le 20 septembre, soixante-dix jours après la première opération.

Observation IV.

(C. et L. Dambrin, communication à la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, 1932.)

Il s'agit d'une fillette de 10 ans, souffrante depuis huit jours. Sa maladie avait débuté par des douleurs assez fortes dans la région de la fosse iliaque droite, avec irradiations vers la *région lombaire*. Le début de l'affection n'était caractérisé par aucune réaction péritonéale. *Pas de vomissements*, simplement quelques nausées. Le sixième jour, les douleurs augmentent, en même temps qu'apparaît une tuméfaction qui augmente peu à peu. Sa température s'élève à 39 degrés la veille du jour où je la vois.

A l'examen, fillette peu développée pour son âge, ayant des douleurs vives dans la partie droite du ventre, avec quelques irradiations vers la région lombaire. Température, 38°5. Pouls, 110.

Palpation : Tuméfaction du volume d'une orange dans la fosse iliaque, à mi-chemin de la crête iliaque et de l'ombilic, comme dans l'appendicite banale. Tuméfaction très douloureuse.

Opération immédiate. — Incision de Roux; ouverture du péritoine. Le cæcum constitue un bloc inflammatoire soulevé par une masse dure; adhérences avec épiploon et anses grêles, qui formaient une limite nette. L'appendice rétro-cæcal est découvert en soulevant le cæcum vers le haut. On le suit en arrière et, comme dans le cas précédent, une appendicectomie sous-séreuse fut faite. Pas de pus, mais une sorte de sérosité louche. Mise en place de mèches et de drains, suppression des mèches au quatrième jour, des drains au sixième jour. Quand l'enfant fut sortie, on ne trouva rien de la tuméfaction qui avait fait craindre une tumeur.

Observation V.

(C. et L. Dambrin, communication à la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, 1932.)

Homme de 40 ans, agriculteur, ayant éprouvé quatre jours auparavant des douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque droite, avec irradiations vers la région lombaire. Il n'avait pas eu de vomissements, avait une température minime (37°5 à 38 degrés), et un pouls peu accéléré : 85-90.

Le quatrième jour, l'état persistait.

A l'examen : Tuméfaction nette dans la moitié externe de la fosse iliaque droite; au contact de la crête iliaque, il y avait un empâtement, qui remontait vers la région lombaire et qui dessinait l'abcès.

La coloration est normale et les douleurs vives. *Tympanisme de la région.* A la partie externe, il semblait y avoir de la fluctuation.

Intervention. — Incision à deux travers de doigt en dedans de la crête iliaque droite. Je tombai sur la partie droite du cæcum, soulevée par la tuméfaction rétro-cæcale. Après avoir protégé le péritoine au moyen de compresses de gaze stérilisées, je fis d'abord une petite ponction sur le bord postéro-externe, à l'endroit où paraissait la tuméfaction. J'incisai sur une longueur de 3 centimètres, en décollant le cæcum à la partie externe : évacuation du pus, horriblement fétide. Recherche de l'appendice. En soulevant le cæcum, un peu libéré, je reconnus que l'appendice était adhérent à la face postérieure, tellement adhérent qu'il fallut faire l'appendicectomie par la voie sous-séreuse. Deux drains; deux mèches. Pas de suture.

Lavages au Dakin. Suppurations diminuant rapidement. Drainage supprimé le huitième jour.

Observation VI.

(Lecène.)

Jeune fille de 17 ans. Entrée le 25 novembre 1921 à l'Hôpital Saint-Louis. La malade a été opérée le 11 août 1921 pour abcès

appendiculaire rétro-cæcal à pus fétide. L'abcès a été incisé très en arrière, sus-iliaque, suivant la méthode du service, puis drainé. La malade s'améliore beaucoup et finit par se cicatriser presque complètement, sauf une petite cicatrice en œil-de-poule. La suppuration se prolongeant, on affirme le diagnostic de corps étranger, très probablement un calcul stercoral. On met un laminaire, et l'on espère faire sortir ce corps étranger par la plaie. Résultat négatif.

Opération (le 25 novembre 1921). — Incision antérieure iliaque. Dissociation musculaire. On trouve un appendice rétro-cæcal, et, dans un reliquat d'abcès, un calcul stercoral, gros comme un noyau de datte, avec un peu de pus. Drain par la contre-ouverture lombaire, fixation du cæcum pour recouvrir l'abcès. Ablation de l'appendice. Fermeture de l'incision de la paroi en trois plans. Guérison complète.

Observation VII.

(Lecène.)

Femme de 42 ans. Entrée le 3 octobre 1921, à la suite d'une crise d'appendicite, dont le début remonte à huit jours pleins. Toujours bien portante jusque-là; constipation opiniâtre habituelle. Le 25 septembre 1921, étant occupée à faire son ménage, elle ressentit une vague douleur dans le ventre. Elle n'y prêta pas attention, mais, dans la journée, la douleur augmenta d'intensité, au point d'obliger la malade à se coucher. Elle vomit deux fois un liquide bilieux. Glace dès le début; le 26, fièvre : 39 degrés. Le médecin la suit huit jours, et, voyant que les phénomènes ne s'amendent pas assez vite, il lui conseille d'aller à l'hôpital.

Le 3 octobre, à l'examen : Gros plastron dans la fosse iliaque droite et dans le flanc droit. La tuméfaction diffuse s'étend surtout en dehors vers le flanc et la région lombaire; la pression réveille une vive douleur, et, à la palpation profonde, on perçoit de la fluctuation. Au toucher rectal, on trouve de la sensibilité et de la résistance du cul-de-sac latéral droit, mais sans collection; l'utérus est mobile.

Opération (le 4 octobre 1921). — Ether. Courte incision de la crête iliaque droite, à la partie antérieure; dissociation musculaire; le cul-de-sac péritonéal est infiltré. A l'ouverture du péritoine, évacuation d'un gros abcès à pus fétide, qui est rétro, latéro-cæcal, d'odeur gangréneuse. On laisse deux drains dans le foyer. Guérison.

Observation VIII.

(Lecène.)

Homme de 24 ans. Entré le 7 juillet 1921 à l'Hôpital Saint-Louis. Début violent le 4 juillet : douleurs obligeant le malade à se courber en deux. Malgré cela, il continue à travailler une journée, très fatigué. Le médecin le met au lit avec des compresses chaudes, et, le troisième jour, l'envoie à l'hôpital. Pendant ces trois jours, *ni vomissements, ni diarrhée*, selles après lavement. Aucune crise dans les antécédents, mais, pendant la guerre, crise de diarrhée très persistante pendant une période de chaleur, sans douleur localisée à la fosse iliaque droite et dans la région ilio-lombaire, avec empâtement profond et vive douleur à la pression; le malade a de la fièvre : 39 degrés.

Opération (le 8 juillet 1921). — Ether. Incision très externe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, et remontant au-dessus de la crête iliaque; dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine, infiltré, on évacue un abcès à pus fétide et peu abondant; on amène facilement l'appendice dans la plaie : appendice rétro-cæcal gangréné. Ablation de cet appendice, enfouissement du moignon, mèche de gaze entourée de cellophane au contact du décollement rétro-cæcal. Pas de suture de la plaie. Guérison.

Observation IX.

(Lecène.)

Jeune homme de 18 ans. Entré à l'Hôpital Saint-Louis le 18 août 1921. A présenté une première crise, il y a quinze jours : douleur progressive, d'abord généralisée à tout l'abdomen, puis se localisant dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persiste durant

quatre jours, en diminuant peu à peu. Le malade cesse son travail pendant cinq jours. Vomissements alimentaires le premier jour, peu abondants. Pas de constipation. Deuxième crise le 14 avril 1921. Une violente douleur réveille le malade la nuit. Elle persiste les jours suivants, toujours localisée à la fosse iliaque droite; pas de vomissements. Le malade entre à l'hôpital le 18.

A l'entrée : Malade fiévreux, à pommettes rouges. Température : 38 degrés. Pouls bien frappé. Cicatrice de la hernie opérée il y a trois mois. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et le flanc droit. A la palpation, plastron cartonné, occupant surtout la *partie externe* de la fosse iliaque. Légère défense musculaire à ce niveau. Rien au toucher rectal. Le 23, le plastron existe toujours, plus dur à la palpation et surtout plus externe; *c'est au-dessus de la crête iliaque* qu'il y a le maximum de sensibilité et d'infiltration.

Température, 38°5. Le pouls est bon.

On diagnostique un abcès latéro-rétro-cæcal d'origine appendiculaire.

Opération (le 23 avril 1921). — Ether. Courte incision au-dessus de la crête iliaque. Dissociation musculaire. On aperçoit le péritoine, formant sac, avec œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal. On évacue un abcès postéro-externe situé entre le cæcum et le péritoine pariétal : pus fétide. On ne cherche pas l'appendice. Drains. Deux petites mèches, aucune suture. Guérison.

Observation X.

(Lecène.)

Jeune fille de 18 ans. Entrée le 27 décembre 1920 à l'Hôpital Saint-Louis. Sans antécédents. Le 20 décembre 1920, elle est prise dans la nuit, vers 10 heures, de nausées bientôt suivies de vomissements. Elle ressent une douleur, d'abord généralisée, puis localisée à la fosse iliaque droite. Elle a pris sa température : fièvre assez élevée, sans précisions. Le médecin lui prescrit diète et application d'une vessie de glace. Les symptômes s'amendent rapidement.

Le 25 décembre, la malade est prise d'une nouvelle crise : douleurs moins violentes que la première fois, localisées au niveau de la fosse iliaque droite, *s'irradiant dans la région lombaire. Pas de vomissements.*

Le 27 décembre, elle entre à l'hôpital. Fosse iliaque souple, résistance profonde à la palpation dans la région cæcale. Cette palpation est peu douloureuse, mais on réveille une douleur très vive dans la région latéro-lombaire droite, au-dessus de la crête iliaque : il existe à ce niveau une défense musculaire nette et de l'empâtement profond.

Opération (le 30 décembre 1920). — Ether. Courte incision sus-iliaque. Section du grand oblique, dissociation des muscles petit oblique et transverse. Découverte du cul-de-sac péritonéal épaissi. A son ouverture, il s'écoule du pus fétide, rétro-cæcal. On ne recherche pas l'appendice. Deux gros drains. Guérison.

Observation XI.

(Lecène.)

Jeune fille, 17 ans 1/2. Entrée le 7 octobre 1920 à l'Hôpital Saint-Louis, pour une crise douloureuse abdominale qui dure depuis une semaine. Dans les antécédents, rien à signaler.

Dans la nuit du 30 septembre au 1er octobre, elle est prise brusquement, à 1 heure du matin, de douleurs très vives, surtout violentes dans le côté droit. Elle se lève un peu dans la matinée et va à pied chez son médecin. Le soir, elle doit s'aliter, et dès lors ne s'est plus levée. Depuis, elle n'a pas trop souffert, mais, à partir du 4 octobre, elle a une diarrhée jaune (jus de melon). Le médecin a ordonné de l'eau de Vals et des applications huileuses sur le ventre. A la suite, est apparue une éruption médicamenteuse.

Etat actuel : Prostration, fièvre continue, pas de splénomégalie. Dans la fosse iliaque droite, gargouillements, douleurs, *pas de défense musculaire; mais, au-dessus de la crête iliaque et en arrière*, on perçoit un empâtement profond, avec défense musculaire et douleur à la pression. La résistance, avec submatité dans

la région du flanc droit, augmente le 14 et le 15; le 16, il y a de la fluctuation nette. On décide d'inciser.

Opération (le 16 octobre 1920). — Incision ilio-lombaire à 2 centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, dissociation des muscles un peu infiltrés; péritoine scléreux. On ouvre une collection contenant un pus fétide, située au niveau du bord externe du côlon ascendant, et bien limitée. On ne recherche pas l'appendice. Deux gros drains. Fermeture partielle de la paroi.

Les signes d'infection générale disparaissent en quelques jours. Guérison.

Observation XII (Résumée).

(Lecène.)

Homme de 27 ans. Entré le 31 mai 1920 à l'Hôpital Saint-Louis Pas de crises antérieures. Le 18 mai 1920, il présente quelques vagues douleurs diffuses dans le ventre. Le 19 mai, crise débutant dans la matinée, caractérisée par une douleur intense dans le ventre, surtout localisée dans la portion droite. *Vomissements peu abondants*, surtout alimentaires. A ce moment, un médecin l'examine : le ventre est très sensible à l'exploration. Le malade ne peut préciser s'il avait ou non de la fièvre. Application de glace. La crise dure quatre ou cinq heures. Depuis cette date, le malade reste avec une vessie de glace sur le ventre.

A son entrée à l'hôpital (31 mai) : Douleur spontanée peu vive, température maxima, 38°1. A l'inspection, rougeur de la paroi au niveau du flanc droit et un peu aussi au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation, le ventre est souple à gauche, défense musculaire à droite; c'est surtout *au-dessus de la crête iliaque* que l'on réveille de la douleur à la pression. A la percussion, *matité au niveau du flanc droit*, et un peu aussi au niveau de la fosse iliaque.

Le 9 juin, la paroi abdominale droite, en dehors de la fosse iliaque, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, est épaissie, indurée, rouge. Ablation de la vessie de glace. Le 12 juin, la paroi redevient souple, les téguments de couleur normale, mais

il persiste une défense musculaire très nette au-dessus de la crête iliaque droite.

Opération (le 25 juin 1920). — Ether. *Incision sus-iliaque droite*, dissociation musculaire. On trouve un décollement cæcal; un appendice rétro-cæcal, perforé à la pointe dans un abcès résiduel, qui persiste gros comme une noisette. Ablation de l'appendice. Suture complète avec crins drainant la paroi. Guérison.

Observation XIII.

(MM. Pasquié et Vivès, médecins capitaines.)

Le mardi 18 octobre 1933, le lieutenant-colonel V... a ressenti dans la matinée une douleur très violente dans la région épigastrique. Il a dû interrompre son travail; mais, quelques minutes après, il se sent mieux et ne souffre plus que dans la région lombaire, douleur sourde, diffuse, qui ne l'empêche pas, d'ailleurs, de faire sa promenade quotidienne à cheval. Il vient à la consultation.

Interrogatoire. — Peu de signes subjectifs; *pas de nausées, pas de vomissements.* Il signale seulement des douleurs iliaques et lombaires le matin, au réveil, qui disparaissent avec quelques mouvements; cependant, après de longues marches, il sent des tiraillements dans le flanc droit, irradiant *dans le membre inférieur, du même côté.* L'examen de ce malade ne réveille rien d'anormal. La paroi abdominale est souple, dépressible, indolore à la pression superficielle et profonde. Seul, le réflexe cutané abdominal droit est aboli. La région lombaire est parfaitement dépressible et indolore. Température normale. Pouls, 72. Mise en observation : lit, diète hydrique. Bon état général, mais il a souffert au niveau de la fosse iliaque droite; la douleur est sourde, diffuse, avec quelques exacerbations.

Le jeudi 20 octobre, nous trouvons un abdomen ballonné à droite; il est souple, mais nous trouvons le cæcum dilaté et légèrement douloureux; la percussion révèle à ce niveau du *tympanisme.*

Sur cette douleur légère, mais fixe, dans la région iliaque droite, nous faisons le diagnostic d'appendicite. Sur la dilatation doulou-

reuse du cæcum, nous faisons le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale.

Intervention. — Incision de Roux : le cæcum est dilaté, l'appendice rétro-cæcal est volumineux. On extériorise une masse du volume d'un marron, contenant l'appendice, entouré d'une gangue inflammatoire. La résection de l'appendice, difficile en raison de la friabilité, est faite au thermocautère. Fermeture en deux plans. Drain à la partie inférieure de l'incision. L'ouverture de la pièce montre *un appendice perforé à la pointe, entouré et protégé par une gangue fibreuse.*

Suites opératoires normales; gaz émis dans la soirée même.

Observation XIV.

(Le Filhatre.)

Jeune fille sans passé intestinal; depuis l'âge de 17 ans, se plaint de la *région lombaire droite.* Les douleurs s'accentuant, elle éprouve le besoin de prendre le lit.

Examen physique. — Sensibilité au niveau de la base du cæcum sans défense de la paroi; les douleurs remontent *au point vésiculaire.* Ces douleurs, devenues plus intenses depuis le dernier examen, font penser à la possibilité d'une appendicite rétro-cæcale et même rétro-colique.

Intervention. — Rachianesthésie et anesthésie générale. Incision de 6 centimètres, à deux travers de doigt en dedans de E.I.A.S., de façon à la prolonger s'il y avait lieu à la région lombaire. Le petit écarteur de Gosset est placé; le cæcum est net, sans la moindre adhérence, un triangle à base supérieure faisant suite à la bandelette cæcale antérieure, et dont le sommet divisait la fossette postérieure en deux fossettes, une externe et l'autre interne. Disséquée au niveau du sommet, où elle paraissait se détacher du cæcum avant de disparaître en arrière du péritoine pariétal. Après incision de la fossette, on se rend compte que c'est la base de l'appendice, disparaissant en arrière du cæcum.

Agrandissement de l'incision et décollement délicat; l'appendice est adhérent à un cordon qui pouvait être *l'uretère à ce niveau.*

Après décollement de 5 à 6 centimètres, ne pouvant aller plus loin, section de l'appendice, enfouissement du moignon; appendice à base mobile, pouvant être décollé, mais rien ne vient.

Alors, sous éclairage, *incision circulaire de la musculeuse*, sans entamer la muqueuse, afin de tirer sur l'appendice de la main droite pour refouler plus facilement cette musculeuse avec un petit tampon. Extraction du cylindre muqueux de 13 centimètres. Aucune hémorragie. Fermeture du péritoine. Pas de drainage. Suture de la paroi par trois plans en escalier. Cet appendice mesurait 19 centimètres. Exeat au bout de deux semaines, sans température.

Observation XV (résumée).

(Leriche.)

G... (B.), 26 ans, sans antécédents jusqu'au 13 novembre 1930, où il fut pris soudainement de douleurs diffuses abdominales suivies de vomissements biliaires, de constipation, et finalement de diarrhée, avec une température oscillant entre 38 et 39 degrés. Tout rentre dans l'ordre au bout d'une quinzaine. Depuis, il fait régulièrement des crises identiques tous les quinze jours à peu près. Amaigrissement de 5 à 6 kilos. Entrée à la clinique le 16 avril 1931.

Examen à peu près négatif. On ne trouve qu'une tumeur de la fosse iliaque droite, indolore, peu mobile.

Intervention (le 29 avril). — Incision dans la gaine du droit. On aperçoit une grosse masse cæcale peu mobile, sans ascite ni granulations. Fermeture de la paroi à deux plans. Fils d'attente sur la peau.

Second temps (le 3 juin). — Incision courbe externe, dissociation du grand oblique, du petit, du transverse. On tombe sur une énorme masse cæcale postérieure, du volume de deux poings, fixée par un gros bloc ganglionnaire qui se prolonge assez loin dans le mésentère. Essai, sans succès, de décollement cæco-pariétal par le bord externe. On la prend alors de dedans en dehors. On détache à partir du grêle avec une hémostase préalable de proche en proche, et l'on continue au niveau du méso-côlon ascendant

jusqu'à l'angle droit. On glisse alors la main sous le bloc ganglionnaire, et on la pédiculise au niveau de l'angle colique, de bas en haut. Le transverse est sectionné sur l'écraseur, au niveau de l'angle colique.

Sa dissection montre que le cæcum est accolé par sa demi-circonférence interne à une grosse masse ganglionnaire non suppurée, et qu'il porte à sa face postérieure un énorme appendice du volume d'un pouce, plein de pus, sous tension, sans B. K. Suites opératoires très simples. Fonctionnement intestinal spontané au bout de trois jours. Exéat, le 11 juillet, en excellent état.

Observation XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Mlle L... (D.), élève sage-femme, entre le 24 juillet 1934.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, la malade a présenté pour la première fois une violente crise abdominale douloureuse du côté droit, sans irradiations bien précises, *sans fièvre, sans nausées, sans vomissements...* Les crises se sont répétées à intervalles assez éloignés. Depuis six mois, leur intensité s'accroît, en même temps que la distance qui les sépare diminue. La malade avait des crises toutes les trois semaines ou tous les mois, caractérisées surtout par un ballonnement intestinal avec arrêt des matières et des gaz; symptômes négatifs : *pas de température, pas de vomissements.* Le 10 juillet 1934, crise plus violente, douleur à droite, que la malade compare à une déchirure avec irradiations *dans la région lombaire;* vomissements alimentaires, arrêt des gaz et des matières.

La palpation permet de réveiller la douleur *au-dessus et à droite* de la région de Mac Burney et dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure. Légère défense musculaire, pas d'hyperesthésie cutanée, pas de douleur à la décompression de la fosse iliaque gauche. Température, 39 degrés. P., 110.

Le 12, transfert à l'hôpital, où le docteur Courriades pratique l'appendicectomie. Incision de Roux. On tombe sur un cæcum très enflammé et très dilaté. L'appendicectomie est difficile, l'ap-

pendice étant rétro-cæcal et remontant assez haut vers l'angle hépatique. On est obligé d'agrandir légèrement l'incision primitive, on doit rompre de nombreuses adhérences, l'appendice est turgescent et manifestement malade. Hémostase du méso, écrasement de la base, section au thermocautère. Drainage pendant trois jours. Suites opératoires normales. Exéat le 27 juillet 1934.

Observation XVII (résumée).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyot.)

Mlle D... (M.), domestique.

Envoyée par son médecin avec le diagnostic d'appendicite.

Histoire de la maladie. — Il y a sept mois, première crise très douloureuse : *une heure.* Il y a cinq mois, crise passagère de cinq minutes. Samedi dernier, 15 mars, une troisième crise, qui a commencé par des sueurs froides, des nausées; *pas de vomissements*, et des douleurs très fortes dans le côté droit. Son état est resté stationnaire jusqu'au lundi; le mardi, entrée à l'hôpital.

Examen physique. — Malade à bon facies. A la palpation, point douloureux dans la fosse iliaque droite *en dehors du point de Mac Burney et un peu plus haut; pas de défense musculaire.* A la percussion, on constate du *tympanisme du cæcum.* Légère hyperesthésie de la paroi, hypoesthésie à la piqûre. Réflexe cutané abdominal disparu du côté droit.

Intervention (le 28 mars 1930). — Appendicectomie chez une femme grasse à paroi épaisse, à cæcum adhérent avec appendice en position postérieure. Incision de Roux, que l'on doit agrandir pour extérioriser le cæcum après l'avoir décollé. Hémostase soignée de tous les pédicules. L'appendice est libre. Appendicectomie à l'ordinaire. Ecrasement, section au thermo, enfouissement.

Observation XVIII.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Guyot.)

A... (D.), 52 ans, sans profession. La malade vient dans le service pour une crise douloureuse abdominale.

Antécédents. — Bronchite à l'âge de 7 ans, récidivant tous les hivers. Opérée à 15 ans d'une tumeur blanche du genou droit. Femme présentant continuellement des malaises, mais non des maladies franches.

Réglée à 17 ans, ménopausée il y a longtemps, à 40 ans (?).

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans, durant un séjour à l'hôpital, la malade présente une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, *sans irradiations*, avec vomissements et forte constipation. Mise de glace sur le ventre; la malade refuse l'opération. Le 4 janvier 1931, la malade est reprise d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque gauche, accompagnée de vomissements, mais cette fois-ci de diarrhée suivie d'une très forte constipation. La malade se met au lit. Compresses chaudes et cataplasmes à l'alun. Potion au laudanum.

Examen physique. — Malade toussant beaucoup, en mauvais état général. Constipation opiniâtre. L'abdomen ne présente rien d'anormal.

A la palpation, défense musculaire dans la partie droite de la fosse iliaque, douleur réveillée dans la région de Mac Burney *et au-dessus d'elle.* La percussion ne donne rien.

Appendicectomie à froid (le 30 janvier 1931). — Femme grasse. Incision de Roux, *qu'on est obligé d'agrandir vers le haut*, l'appendice étant postérieur et adhérent. Débridement de quelques adhérences réunissant le cæcum à la paroi. Appendicectomie *par la voie rétrograde.* Pas de drainage abdominal ni pariétal. *Surjet péritonéal à points séparés*, musculaire profond, aponévrotique superficiel. Après petit hématome de partie supérieure de suture, cicatrisation rapide. Ablation des points. Suites normales. Exéat le 24 février.

Observation XIX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Mme D... (R.). La malade entre dans le service le 17 mars 1930, sur les conseils du Professeur Guyot, parce qu'elle souffre de la fosse iliaque droite.

Histoire de la maladie. — La première crise remonte à quatre

ans, assez violente, s'accompagnant de douleurs « *simulant le lumbago* » et de douleurs abdominales; peu de vomissements. Elle a duré trois jours. La deuxième crise, il y a trois ans, a été moins marquée : simples douleurs dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque droite; *pas de vomissements*. Durée de la crise : vingt-quatre heures environ. Depuis cette époque, la malade n'a pas ressenti de crises douloureuses bien marquées; cependant elle a toujours souffert du bas-ventre, ses douleurs s'exagérant au moment des règles. Il y a un mois, la malade, ayant une crise un peu plus violente, est allée consulter le Professeur Guyot, qui, après l'avoir examinée, lui a conseillé de se faire opérer dans le plus bref délai.

Examen physique. — A l'inspection, rien à signaler; la palpation réveille un endolorissement de la région costo-iliaque; palpation négative au point de Mac Burney. Hyperesthésie cutanée dans la même région, légère défense musculaire. La percussion montre du *tympanisme* dans la région du cæcum.

Intervention (le 25 mars 1930). — Incision de Jalaguier un peu longue (femme grasse). Incision verticale de l'aponévrose du muscle grand droit. Le péritoine ouvert, le côlon transverse se présente le premier, on le rentre dans le ventre. On va chercher le cæcum, très distendu, comme il apparaissait à la percussion. A sa partie postérieure, on trouve un appendice long et grêle à méso large qui se clive. Hémostase difficile. Procédé habituel. Ecrasement de la base. Section au thermo. Enfouissement. *Péritonisation de la partie postérieure du cæcum*, de façon à ne pas laisser de surface cruentée, pouvant donner lieu à des adhérences. Suites opératoires normales. Le deuxième jour on enlève les mèches, le troisième jour la malade rend des gaz; température et pouls deviennent normaux; le douzième jour ablation des points.

Observation XX (résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

T... (S.), 38 ans, sans profession. Entrée le 27 février 1933, à l'hôpital, pour crise douloureuse abdominale.

Histoire de la maladie. — Débute il y a dix jours, sans prodromes, par une douleur assez violente siégeant dans la fosse iliaque droite, *irradiée vers la cuisse du même côté*, et vers la région lombaire : quelques vomissements précédés de nausées. Par la suite, sédation progressive de la douleur, disparition des nausées. La température n'a jamais été prise pendant la crise.

Examen physique. — Abdomen douloureux à la palpation dans la région de Mac Burney et dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure. La palpation de la région lombaire est négative, mais on constate que la région située entre *la région de Mac Burney et l'épine iliaque antéro-supérieure est douloureuse* et présente une défense musculaire assez nette. Dans la même région, hyperesthésie cutanée assez marquée. *Présence de tympanisme* dans la région cæcale.

Actuellement, la malade ne souffre plus spontanément et ne vomit pas.

En résumé : Malade présentant une crise appendiculaire depuis dix jours, greffée sur un fond douloureux abdominal, caractérisée par des douleurs de dysménorrhée utérine.

Intervention (le 3 mars). — Incision de Roux. Appendice rétro-cæcal rouge, turgescent, non adhérent, que l'on extériorise facilement avec le cæcum. Appendicectomie à l'ordinaire, non rétrograde, pince sur le méso, écrasement de la base. Section au thermocautère. Suture en trois plans. Suites normales. Exéat le 24 mars 1933.

Observation XXI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

M... (G.), 33 ans, cultivatrice. Depuis deux ans, la malade se plaint de ressentir constamment dans la fosse iliaque droite une douleur continue, sensation de pesanteur, s'exagérant à la fatigue, avec fréquemment de petites crises de coliques durant deux ou trois heures environ. Pendant toute cette période, la malade est constipée : elle va à la selle tous les deux ou trois jours.

Au mois d'août dernier, la malade fait une crise beaucoup plus

violente que toutes les autres. Douleurs se manifestant sous forme de coliques très fortes, surtout marquées à droite, mais avec irradiations *à la région lombaire et à la face interne de la cuisse*, puis étendues à tout le ventre avec nausées répétées, *sans vomissements*. Sa température monte jusqu'à 38°5. Repos au lit. Compresses chaudes laudanisées trois à quatre jours.

La douleur spontanée se calme après douze jours de lit, la malade reprend sa vie normale en suivant un régime, mais toujours la douleur est réveillée par la palpation de la fosse iliaque gauche et de la région lombaire.

Examen physique. — Inspection du ventre négative; la palpation révèle une douleur très nette au point de Mac Burney et dans la région costo-iliaque. La percussion révèle du *tympanisme dans la région cæcale*.

Intervention (le 18 novembre 1930). — Incision de Roux : On trouve un cæcum rouge qui paraît dilaté, l'appendice n'est pas visible, après avoir décollé le cæcum, on trouve à sa partie postérieure un appendice long et non adhérent.

Suites : Le lendemain, la malade est extrêmement choquée. Pouls à 140, petit, filant, avec la température à 38 degrés. Pas de vomissements, après un traitement tonique. Digitaline, sérum, huile camphrée. La malade se remet, tout rentre dans l'ordre le quatrième jour. Le 3 décembre on enlève les crins. Le 24 décembre, exéat.

Observation XXII (résumée).

(Lecène.)

Le 4 janvier 1919, le malade, constipé chronique, ressent des douleurs diffuses dans le ventre. Pas de vomissement. Deux jours après, les douleurs s'accentuent et se localisent à droite. Le malade s'alite : les douleurs s'atténuent en trois jours. Il entre à l'Hôtel-Dieu et reste hospitalisé quinze jours avec de la glace sur le ventre.

Température : Mx., 38°6.

Il quitte ce service et entre à la Maison Dubois.

Le 3 mars 1919, on note à l'examen : Pas de douleurs abdo-

minales, pas de plastron iliaque. Le malade n'a jamais présenté de vomissements. La palpation profonde de la région sus-jacente à la crête iliaque droite est plus sensible que dans la fosse iliaque. On porte le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale.

Opération (le 4 mars). — Incision sus-iliaque postérieure; dissociation musculaire; ouverture du péritoine. On décolle prudemment et l'on trouve un appendice rétro-cæcal. Ablation de l'appendice, péritonisation complète, *suture de l'espace rétro-cæcal.* Réunion de la paroi sans drainage. Guérison.

Observation XXIII (résumée).

(Lecène.)

Jeune garçon, 13 ans, vu au cinquième jour d'une crise d'appendicite. Le début remonte au 3 janvier 1920. Douleurs abdominales et vomissements; purgation par les parents. La fièvre, qui était à 38°5 le premier jour, descend à 38 degrés et reste à ce niveau pendant trois jours. Le 7 janvier, la fièvre remonte à 40 degrés, la fosse iliaque droite est un peu plus résistante que la gauche, le reste du ventre est souple. Il existe une douleur vive localisée au-dessus de la crête iliaque droite : à ce niveau, on sent un empâtement profond, et la percussion donne de la submatité.

Opération (le 8 janvier 1920). — Anesthésie générale à l'éther. Incision sus-iliaque droite; dissociation musculaire. On ouvre, après l'incision du péritoine, un abcès gazeux à pus fétide, contenant une centaine de grammes de pus. L'appendice, sphacélé, est trouvé nageant dans le pus; on l'enlève. Drain dans la cavité de l'abcès, suture partielle de la paroi. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les symptômes de l'appendicite postérieure sont souvent frustes, par suite de l'atténuation des phénomènes péritonéaux.

II. — Ce sont surtout les signes attirant l'attention du côté de la région lombaire : douleurs spontanée ou à la palpation, qui permettent le diagnostic, accessoirement le manque de réactions péritonéales et le tympanisme au niveau de la fosse iliaque droite.

III. — Le diagnostic de l'appendice en cette position ne peut être posé que dans les cas aigus. Le signe de Kerangal serait un signe intéressant.

IV. — Dans cette position, l'appendice est exposé à se gangréner et, par conséquent, à se perforer plus facilement, d'où la fréquence d'un mauvais état général contrastant avec le peu de signes physiques et fonctionnels. Parmi les complications, la plus fréquente serait l'abcès sous-phrénique rétro-péritonéal.

V. — Le pronostic est plus grave dans ces appendicites du fait de leur évolution sournoise qui les expose à être opérées trop tard, qui leur donne le temps de produire des complications, et du fait de l'intervention plus laborieuse même à froid.

VI. — L'opération de choix est l'opération faite à froid en utilisant le décollement colo-pariétal et l'appendicectomie sous-séreuse. Dans les cas aigus opérés précocement, le pronostic n'est pas mauvais. Quand il y a une collection purulente, l'incision ilio-lombaire de Lecène paraît rationnelle quoique mutilante.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 novembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Aubert. — Appendicite rétro-cæcale, Soc. méd. chir. Marseille, 1923.

Bergasse. — Appendicite rétro-cæcale. *Bull. Soc. méd. chir. Drôme et Ardèche*, mars 1908.

Bernardbeig. — Sur l'appendicite rétro-cæcale et l'appendicectomie sous-séreuse. Soc. méd. Toulouse, 1925.

Bezançon. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-cæcale. Thèse Toulouse, 1933-1934.

Bloch (J.). — L'appendicite rétro-cæcale. *L'Avenir médical*, n° 10, déc. 1930.

Caeivo. — Appendicite aiguë rétro-cæcale. *Bol. y trab. soc. Chir. Buenos-Aires*, 28 nov. 1934.

Campanucci. — Valeur diagnostique et pathogénie d'un nouveau point dorsal. *Minerva Medica*, via Martori Fascisti, Turin. T. XXI, 29 déc. 1930.

Caplesco (Pœnaru). — Remarques sur l'appendicite rétro-cæcale. *Bull. Acad. méd. Paris*, 173-178, 29 juill. 1930.

Cavaillon et Chabanon. — Pathogénie des complications dans l'appendicite. *Province médicale*, 1907.

— Suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire. *Province médicale*, 1907.

Cohen. — Retro-peritoneal appendix. *N.-Orl. M. and S. J.*, 1915-1916, 523.

Dambrin (C.). — Sur l'appendicite rétro-cæcale. Soc. méd. Toulouse, 20 oct. 1926.

Dambrin (C. et L.). — Sur deux cas d'appendicite rétro-cæcale aiguë. Soc. chir. Toulouse, séance 29 janv. 1932.

Dambrin, Bernarbeig et Thomas. — Appendicite rétro-cæcale. Soc. méd. Toulouse, 1925.

Djamchidi. — Contribution à l'étude des symptômes lombaires de l'appendicite rétro-cæcale aiguë. Thèse Montpellier, 1934-1935.

Gaume. — Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale. *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. VI, fasc. 3, févr. 1929.

Glasser (S. T.). — Undescended cæcum, retrohepatic appendix with subacute appendicitis, and retroperitoneal ileum; case. *J. Am. Inst. Homæp*, 25, 301-302, mars 1932.

Grigoresco et Negresco. — Appendicite aiguë rétro-cæcale opérée, occlusion intestinale tardive. Opération, guérison. *Revista de chir.*, nos 1 et 2, janv.-févr. 1935.

Grulani. — Appendicite et hématurie, *Lyon médical*, 25 sept. 1931.

Flandrin. — Formes urinaires d'appendicite chronique. *Bulletin médical*, Paris, 88-90, 10 févr. 1934.

Heartt. — Retro-cæcal appendicitis. *J. Med. Grand Rapids*, 1915, XIV, 608, 611.

Heymann. — Abcès du foie consécutif à une appendicite rétro-cæcale. *Revue de chirurgie*, 2e semestre, 1909.

Jackson. — Acute gangrenous, perforatice and suppurative retro-cæcal appendicitis. *Illinois M. J. Chicago*, 1919, XXXVI, 1-5.

Jacobivici. — Appendicite rétro-cæcale. *Bull. Méd.*, n° 35, sept. 1928, p. 963.

Lascaux. — L'appendicectomie dans les appendicites rétro-cæcales. *Presse médicale*, n° 34, 28 avril 1934.

Lecène. — L'incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicites. *Journal de chir.*, Paris, 1922, 459-468.

Le Filhatre. — Appendicite à forme postérieure, extrapéritonéale, rétro-cæcale et rétro-colique. *Vie médicale*, 1926, p. 398.

Marais. — A propos de la technique opératoire dans les cas d'appendicite rétro-cæcale. *Année médicale de Caen*, t. XLIII, n° 5, mai 1922, p. 103.

Meyer (W.). — Gangrene of retrocæcal appendix. *Ann. Surg. Phila.*, 1920, LXXII, 379.

Moore. — The diagnosis of retrocæcal appendicitis. *St-Paul M. J. Minn.*, 1916.

Munoz Arenas (J.-M.). — Appendicitis retrocæcales. *Arch. med. chir. y especialid*, 36, 138-142, 4 févr. 1933.

Nerotti. — Nouveau point douloureux, symptôme d'appendicite, *Minerva Medica*, via Martori Fascisti Turin, t. XXI, p. 41, 29 déc. 1930.

Nicod. — Sur les appendicites rétro-cæcales, Thèse Paris, 1904.

Nobrecourt et Stenevin. — Complications tardives de l'appendicite. Abcès gazeux sous-phrénique et abcès rétro-coliques. *Arch. de méd. des enf. Paris*, 1920, XXIII, 353-356.

Nogues. — Appendicite rétro-cæcale, 26 cas. *Bol. y trab. soc. chirurg. B.-Aires*, 21 nov. 1934.

Parisot. — Incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'abcès perpendiculaires. Paris, 1922, 41 p.

Pressac. — Etude de l'appendicite rétro-cæcale. Thèse Toulouse, 1909.

Revel. — Adénophlegmon rétro-cæco-colique d'origine appendiculaire. *Bull. et mém., Soc. nat. chir. Paris*, 1920, 356-368.

Riou (A.) et Kérangal. — Un signe de l'appendicite rétro-cæcale. *Journ. méd. Paris*, n° 4, 24 janv. 1935.

Rivarola. — Abscess appendiculares posteriores, su intervencion per via lumbare. *Prensa med. argentina Buenos Aires*, 1918, IV, 20-30.

Sapenta. — A curious case of appendicitis retro-cæcal associated with rare anatomic anomalies. *Med. Rec. N.-Y.*, 1913.

Sciaky. — Hématurie dans l'appendicite. *Il Policlino* (Ser. pratica), t. XXXIII, p. 39.

Spaldong. — Appendiceal abscess rupturing through back. *Kentucky. M. J. Bowling Green*, 1920, XVII, 159.

Stein (J.-L.) et Wolfson. — Retrocæcal gangrenous appendicitis complicated with bronchial fistula and fecal fistula. Operation and recovery. *Am. J. Dis. Children*, 48, 580-585, sept. 1934.

Subreville. — Modalités cliniques de l'appendicite rétro-cæcale et leur traitement chirurgical. Thèse Toulouse, 1926-1927.

Vanverts. — Abcès pré-appendiculaire postérieur : ouverture de l'abcès : ultérieurement résection d'un appendice guéri. *Echo médical du Nord*, Lille, 1914.

Vergez, Clausse, Choussat et Tavera. — De l'appendicite rétro-cæcale. *Gaz. méd. de France et des pays de langue franç.*, 15 sept. 1935.

Vignard et Bérard. — Appendicectomie sous-séreuse à froid. *Bulletin médical*, 1913.

19912. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.